

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

途上国無医村における地域看護診断 : Morocco地方 村落部での地域調査の実践報告

著者	松尾 和枝, 酒井 康江, 江島 仁子
著者別名	松尾 和枝, 酒井 康江, 江島 仁子
雑誌名	日本赤十字九州国際看護大学intramural research report
巻	5
ページ	40-47
発行年	2006-12-22
URL	http://doi.org/10.15019/00000088



報告

途上国無医村における地域看護診断 —Morocco 地方村落部での地域調査の実践報告—

松尾和枝¹⁾ 酒井康江¹⁾ 江島仁子¹⁾

2000年に国連が採択した「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals)では、リプロダクティブヘルスに関するサービス提供、すなわち適切な保健医療サービスが地域に行き渡ることの必要性が指摘されている。本学には、地域格差の大きい村落部の妊産婦死亡率の改善のための「モロッコ地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト」の無償資金協力を補完する目的で、モロッコの研修生が来学している。その研修の受け入れを通して、村落部では医療供給体制がなく、地域看護の潜在ニーズが高いことが大きいことが予測できた。そこで、地方村落部での看護職の役割と介入方法を検討する目的で、モロッコ地方村落部で、3年間にわたる調査活動を行った。本論文では、その地域診断結果に基づき、途上国地方村落部での地域看護職の役割について考察する。地方村落部では、妊娠出産に関する問題は、女性にとっては重要な問題であった。しかし、地域社会で権限を有する家長などの認識は低く、その問題解決を図るには、地域の文化や価値観、宗教など、保健医療に関する地域の物理的な環境以外の問題が多々あることが明らかになった。そのための看護職の役割として地域住民の主体的な問題解決能力を高めるための公衆衛生看護的なアプローチの必要性が示唆された。

キーワード：地域診断 妊産婦死亡率 乳児死亡率 エンパワメント

I はじめに

本学は、2002 年度より「モロッコ王国（以下モロッコと略す）の地方村落妊産婦ケア改善」の受け入れ施設として、医療職（看護職と地方保健行政職）の研修を行ってきた。モロッコの母子保健問題の課題は、妊産婦死亡率が出生 10 万人当たり 227 と高いことである。とりわけ都市部の 125 に対し、地方村落部は 307 と地域格差が著しい（1997 年保健省調査）。このような地方村落部の妊産婦のケアの改善を検討するには、その基礎資料として、地方村落部の文化や生活の実態を理解する必要があると考えた。そこで、2004 年度より 3 年間、地方村落部の調査研究活動を行なった。本論文では、調査地域診断結果に基づき、地域看護職の役割について考察する。

II 調査の方法

1. 調査活動の概要

調査は、本学の研修に参加したモロッコの「看護職」や「地方保健行政職」と連携して行なった。調査活動の概要は、表 1 に示すとおりである。2004 年度は行政組織機構、調査地域の選定、地域の生活・文化を把握するための活動を行ない、2005 年度と 2006 年度は、医療施設の診療の実態、住民の保健福祉ニーズ、生活の詳細を把握するための調査活動を行った。

2. 調査村選定の経緯

調査村は、モロッコ保健省並びにモロッコ JICA 事務所とも相談の上、プロジェクト活動のパイロット県の一つである Ifran 県（人口 145,000 人中、約 90,000 人（6 割）が村落部に在住）の村落部 Bakrit 村を選定した。Ifran 県は、本学の研修に、県保健局支局からは医師 2

1) 日本赤十字九州国際看護大学

表 1 年度別の調査活動

調 査 年 月 日、実施者	調査施設・インタビュー対象者	主な活動目標・活動方法
2004 年 12 月 17～29 日、 松尾、酒井	保健省(局長、研修員)、保健省 Ifran 県支局(局長、SIAAP 長* ¹ 、看護師長)、内務省(グーベルナール、シーフ、ムカデム)* ² 、Azuro 町の公立マタニティ(医師・助産師)、Timahdite の CSCA*(医師・助産師)、Bakrit 村住民(長老男性・女性)、TBA* ³ 、ホテル女性従業員、Bakrit 村担当看護師、来日研修生(医師・助産師)	地方村落部の地域住民の健康の実態や問題認識、並びに地域社会の組織構造や近隣社会や家族の関係性、並びに住民の生活実態を把握する。主な活動方法は、インタビューである。
2005 年 9 月 3～18 日、 松尾、江島	保健省、Ifran 県支局、内務省(上記に加えスーパーカインド* ²)、Azuro 町の公立・私立のマタニティ、一般病院、Bakrit 村(長老・若い男性・若い女性・TBA・車の所有者)、Bakrit 村担当看護師、来日研修生(医師・助産師)	Ifran 県や Bakrit 村の母子保健問題の現状を住民の声や、TBA、支局や医療施設の統計情報より把握する。主な活動方法は、FGI である。
2006 年 8 月 14～19 日、 松尾、酒井	保健省、Ifran 県支局、内務省、Bakrit 村内務省役人(シーフ、ムカデム)* ² 、住民(男性・女性)、Bakrit 村担当看護師、来日研修生(医師・助産師)	来日研修生・村担当の看護師とともに母子保健の問題について住民との意見交換並びに健康学習会を行い、意見交換をする。主な活動は、健康学習会と意見交換である。

*1 保健省の組織構造(図 2 参照)

*2 内務省組織構造(図 1 参照)

*3 Ⅲ章 3 節の 4) Traditional Birth Attendant の項を参照。

名、助産師 1 名、近隣の町のマタニティからも助産師 2 名が参加している。

3. 調査方法

海外での地域調査は初体験であるため、地域のアセスメントの枠組みが明確であるコミュニティアズパートナーモデル¹⁾に沿って行った。その枠組みは、コミュニティコアと呼ばれる中心概念(住民の人口統計、人々の価値観、信念、習慣、付き合い方)と、サブシステムとしての物理的環境、保健医療と社会福祉、経済、安全と交通、政治及び行政、コミュニケーション、教育、レクリエーションの 8 つのアセスメント領域からなる。情報の収集方法は、エスノグラフィー²⁾のフィールドワーク手法を用いた。エスノグラフィーは、様々な文化の行動様式を解析する人類学から分化した学問である。地方村落部住民の生活・意識・行動の内的な意識の世界を理解するに

は、生活に密着した住民の生の声や日常的な行動様式を質的に研究者の視点から一貫して記述する方法が適していると判断した。インタビューの方法は個別に、または地域の関係機関、関係者、男性、女性、長老に対しては、フォーカスグループインタビュー(以下 FGI と略す)の形式で対話を行なった。

Ⅲ 調査結果

1. Bakrit 村の自然環境

1) 地勢

Bakrit 村は、モロッコ王国の中央部、アトラス山脈のふもとの標高 1700 メートルの高地である。一般医のいる医療機関のある町までは車で 30 分、手術ができる医療施設のある町までは車で 60 分の距離にある。

2) 気候

山脈地帯は、夏は日本と同様の気候であるが、高度が増すにつれて気温は下がり、冬には雪が降り、

気温は氷点下まで下がる。Bakrit 村は、例年 11 月～3 月は降雪期間で村外への交通は遮断される。

3) 生活状態

モロッコの改善された飲料水へのアクセス率は 82% (「Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report」WHO・UNICEF・WSSCC、2000 年)、電気の普及率は 47% (2000 年) である。Bakrit 村は、水道の供給はなく、飲料水も川の水を使っている。電気はバッテリーによる自家発電である。照明は、ガスを使用している。水は、女・子供が毎朝、川にラバで汲みに行くのが日課である。時計は各世帯に普及しているが、カレンダーはなく、住民は、毎週月曜日に開催される市場（スーク）と金曜日のお祈りの日で曜日を確認している。

2. コミュニティコア 1 (人口動態、価値観・信念他)

1) 人口動態

Bakrit 村の人口は、3099 人 (2005 年) である。そのうち 15～49 歳の女性は 823 人 (26.6%)、既婚女性の割合は 436 人 (53%)、年間出産予定数は 74 人 (2005 年) である。(出典: Projection des Populations Cibles Année 2005, Secreen Bertite)

表 2 Bakrit 村の人口動態 (2005 年)

住民居住地の DR から の距離	人口	年間出生 予定数
3 キロメートル以内	2023 (65%)	46 (62%)
3～10 キロメートル	916 (30%)	23 (31%)
10 キロメートル以上	160 (5%)	5 (7%)
計	3099 (100%)	74 (100%)

2) 家族関係・近隣関係

1 世帯人数は 6～42 人の大家族である。結婚の形態は、かつては法律上で一夫 4 人妻が認められていたが、現代は一夫一婦制である。子どもの数も、最近では政府の家族計画指導の効果で 2 人前後になってきている。家長や夫、男性の権限が強い。近隣関係の中で、日常的に生活や経済において相互扶助活動をおこなっており、冠婚葬祭や重病人発生の際は、お金や物を出し合ってお見舞いをするシステムもある。集落ごとにそれをまとめるキーパーソンも存在している。

3) 宗教・文化・価値・信念

モロッコの国教は、イスラム教である。Bakrit 村のような山村地域では、医療活動の中でも男性の医師や看護職が女性に触れることに対する抵抗は強い。しかし、現在の Bakrit 村の男性看護師に対しては、彼の献身的な看護活動を高く評価する村人の信頼は厚いため、例外であるという。家長にその抵抗感がないということは、女性の受診が可能ということで、この男性看護師は村の数人の女性達の分娩介助も行っている。

3. 行政機構と保健医療システム

1) 行政機構

保健医療制度は保健省の管轄、生活福祉は内務省の管轄になっている。国、県、市町村の 3 層構造になっており、Bakrit 村住民の健康管理は、Ifra 県保健省支局が管轄している。一方、内務省の県職員の組織構造は、図 1 のように、県知事（グーベルナール）、カイード、シーフ、ムカデムの組織機構になっている。内務大臣がガバナ、パシャ、カイードを任命、ガバナがシーフ、ムカデムを任命する構造になっている。カイードの仕事は補佐するカリファという役職もある。カイードは「貧窮証明」を発行する権限をもっており、それにより病院での医療費も免除される。シーフは複数の村を管轄し、ムカデムは管轄する地域に生活し、地域住民の生活を熟知し、国家事業の広報活動や行政とのパイプ役を担っている。Bakrit 村は、2 人のシーフが管轄し、村には 1 名のシーフと 3 名のムカデムが在住している。

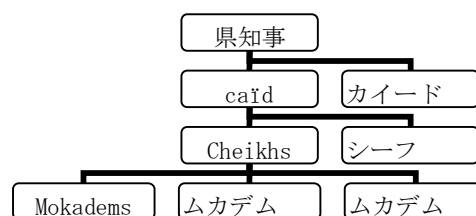


図 1 内務省の県職員の組織構造

2) 保健医療システム

図 2 に示すように、県の保健支局は、地方病院と、保健センター（出産機能付き保健センター (Centre de sante' communal avec module d'accouchement 以下 CSCA と略す) と保健センター (Centre de sante')

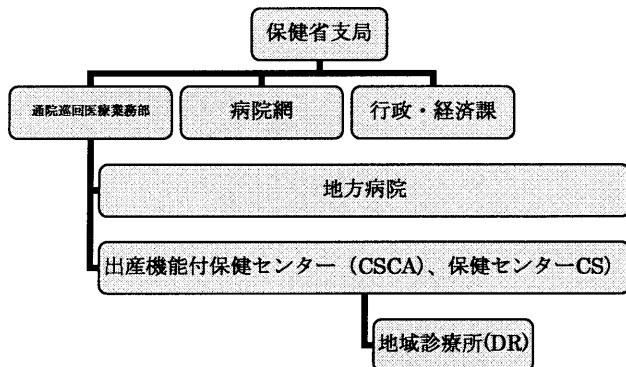


図2 保健省支局（県）の組織構造

以下 CS と略す)、看護師が勤務する地域診療所 (Dispensary 以下 DR と略す) がある。DR から 3～10 キロメートル以内に居住する住民には、看護師がバイク訪問診療を行っており、10 キロメートル以上離れた村落部には、県支局から通院巡回医療業務部 (Service d'Infrastructure d'Actions Ambulatoire Provinciales 以下 SIAAP と略す) が訪問診療を行っている。

Bakrit 村には、DR があり、常勤の男性看護師 (助産師有資格) が配属されている。表 2 に示すように DR から 3 キロメートル以内の住民が徒歩ないしラバで DR を利用可能な範囲に 65% が在住している。DR から 3 キロメートル以上に居住する約千人の住民の中には、28 人の分娩予定者も含まれる。彼らには、看護師によるバイク訪問が年数回の巡回医療事業による訪問診療に限られる。

Bakrit 村から車で 30 分の距離の Timahdite には、医師勤務する CSCA がある。そこには 1 台の救急車があり、Bakrit 村を含む人口 1.6 万人をカバーしている。手術が必要な場合は、Timahdite からさらに 30 分の距離の Azuro 町の病院での対応になる。そこには公立、私立の産院 (以下マタニティと略す) もある。

3) 保健医療統計

保健省県支局の統計では、Bakrit 村の妊産婦死亡 (0)、乳児死亡数 (0) であった (2004～2005)。Azuro 町の公立マタニティで 2005 年 1～6 月の妊婦・乳幼児死亡の実態を調査した。妊婦死亡数は 0 であった。乳児の死亡は、病院台帳の記載内容から分析したところ、死産は 14 件あった。死産状況を居住地域で比較すると村落部が 9 件 (71%) を占めていた。月別の死

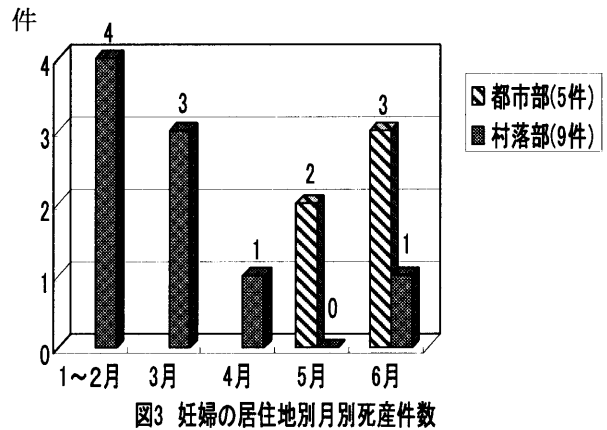


図3 妊婦の居住地別月別死産件数

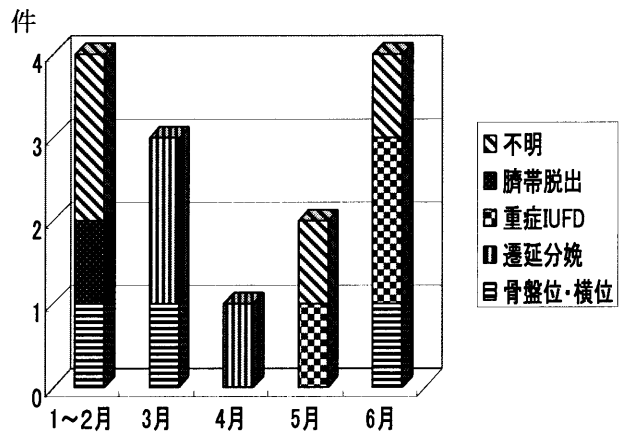


図4 妊婦の居住地別死産原因

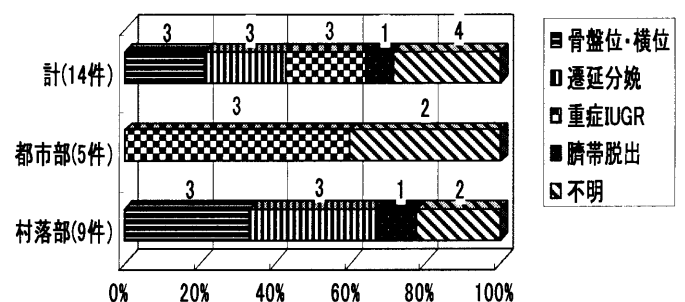


図5 妊婦の居住地別死産原因の比較

産は、1～4 月は村落部のみ、5～6 月は都市部が多い傾向を示した (図 3)。死産原因を月別にみると、子宮内胎児死亡 (intrauterine fetal death, 以下 IUFD) は 5～6 月に発生していた (図 4)。死産原因は、不明が 29% を占めていた。地域別では、村落部は、骨盤位・横位、遅延分娩が 60% を占めていた。

IUFD は都市部のみに発生していた（図 5）。Bakrit 村では、臍帯脱出による死産の報告が 1 件あった。

CSSA で Bakrit 村の妊婦の健康診断の受診状況を調べたところ、2005 年 1 月～9 月で 5 名であった。

4) Traditional Birth Attendant（伝統的産婆、以下 TBA と略す）

動機：TBA 約 20 名にインタビューした。TBA になった動機は、多くの人が「イスラム教の訓えに従った」と述べた。その他、家族内での出産が多かったのも、それに付き合っているうちに自然に学んだ等であった。

研修：かつて、保健省が TBA を対象に分娩助産技術などに関する研修を行なったことがあった。その受講者には、出産関係の物品が収納できる金属製の訪問鞆が支給されていた。集まった TBA の約半数は研修を受けており、約半数は受けておらず、研修の受講を希望していた。その受講内容内容を聞くと、遷延分娩の場合の病院搬送のタイミングについては、「保健省の研修で陣痛が来て 8 時間と習った」「時間にとらわれず妊婦の状況で判断している」等、様々であった。

活動：TBA は管轄地域をもっており、妊婦は住居地区担当の TBA に依頼している。陣痛の開始、妊娠 9 ヶ月に入ったことをきっかけに TBA の助産を依頼する。その他、妊娠中に TBA が妊婦の相談を受けるのは、「腹部が大きすぎる、出血」などである。“お産が近くなってきたから自分のことを忘れないでいてね”、と確認されるなど普段からコミュニケーションはとれている。地域の人たちは、TBA の優しい分娩助産に大変感謝し、活動を評価している。

4. 安全と交通

村内には車の保有者が数人いるが、Bakrit 村からの公共の交通手段はないため、村人の移動手段は主要幹線道路沿線でのヒッチハイクであった。

救急車の要請は、携帯電話が通じる一部の高台から Timahdite の警察省に通報する。村までの送迎と病院までの搬送で 1 時間を有するため、ほとんど利用されていない。そのため、病院までの搬送は村内の車保有者に依頼することになる。

しかし、一般住民が病人を移送するのは違法であるため、交通警察に取り締まれ、車の没収、罰金などの処罰をうけることになる。法を犯しての移送のため、その謝金はガソリン代を含め 500DH（1 DH＝

約 13 円）になると利用者側は語る。その金額は、車提供者側の回答 20DH とは大きく異なっていた。そのため住民の看護師への期待や信頼は大きい。多くの病人や妊婦は、DR までロバやラバで移送されている。その際は、家族の介添えが必要になるため、家長の許可をもらっての受診となる。

5. 経済

インタビューを行なった関係者数人の月収は、シーフ 1350DH、ムカデム 800DH、羊飼 450DH であった。しかし、多くの Bakrit 村の住民は、定期収入はなく、羊の販売などで生活費を捻出していた。一方、平均的な支出は、電灯用ガス 11DH（1 週間）、料理用ガス 20DH（1 週間）、食費 200～500DH/週、月平均の生活経費は、800～1200DH である。学校入学時の必要経費は 500DH であった。死亡届の提出にも 1 通 20DH の印紙が必要で、町の役場まで行かなければならない。

6. コミュニケーション

公用語は、アラビア語、フランス語である。Bakrit 村の住民の日常会話はベルベル語で、ベルベル語の中でも Bakrit 独特の方言があると言われている。

7. 教育

Bakrit 村には、小学校のみが設置されており、中学校以降の教育は、町に行かないと受けられない。このような状況から都市部と村落部では、女性の教育状況にも格差が大きく、モロッコの識字率は、男性 65.7%、女性 39.6%（2006 年）である（出典：UNESCO Institute for Statistics (UIS) Literacy and Non Formal Education Section, September 2006）。

8. コミュニティコア 2（健康に対する認識・価値観）

1) 住民の母子保健問題への認識

シーフ、ムカデムの協力により住民達を集め、FGI を行った。テーマは、「Bakrit 村の母子保健問題を共に考え、改善策を検討する」である。FGI には、県保健省の助産師（日本の研修に参加）と村の看護師と宗教家（男性グループのみ）も同席した。

①長老達：長老達 20 名を集めた FGI では、“良い嫁とは、妊娠中に腹痛があっても黙って我慢をする嫁である。さっさと病院に行く嫁は悪い嫁だ。”

長老達の意見は一致していた。

- ②若い男性：5 名の若い既婚男性に行った。まず、子供の誕生日日を尋ねたが、全員が「わからない」という回答であった。そこで、降雪時か否かを尋ね、4 名が降雪時と答えた。死産経験の有無は 2 名に経験があり、いずれも降雪時であった。若者の FGI を聞いていた長老が、「冬季を避け出産をするために家族計画の学習をする必要がある」と若者に提案し、「これで問題は片付くのではないか」と語った。「薬の飲み方がわからない」と答える若者に対し、県の保健支局の助産師は、「春に家族計画とピルの服用方法についてキャンペーンを計画する」と約束した。
- ③若い女性：スークにきている若い女性 4 名にインタビューを行った。初産の 1 名を除く 3 名に死産の経験があった。2 名の家族には、母児共に死亡した家族がいた。妊娠・出産について「妊娠中から分娩までずっと不安だった」「自分が生きるか死ぬか心配だ」などの発言があった。政府が妊婦に 4 回の妊婦健診の受診を勧奨していることは知っていた。しかし、妊娠中、病院・DR に受診するには、家族の許可が必要である。医療機関で分娩を経験した心臓病のリスクをもつ女性は、「安心して分娩ができた。次も病院での出産を希望する」と語った。また、他 2 名の妊婦が TBA のケアで無事出産できた経験を持ち、今後も TBA の介助による分娩を希望していた。
- ④TBA: 妊産婦死亡や死産の介助の経験はないと語った。時々、TBA で集まり情報交換をしている。2005 年 1 月に Bakrit 村の奥の道路がない所で妊婦の死亡があったと人と噂で聞いた。
- ⑤車の保有者（非公認ドライバー）：2005 年冬季陣痛発来後、病院に向かう車中で 20 台前半の妊産婦が死亡した。4～5 年前、6 年前にも冬季に各 1 件の妊産婦死亡の搬送経験がある。

IV 考察

モロッコの地方村落部 Bakrit 村の住民は、自国の妊産婦死亡率の実態を知らなかった。地方村落部に多いとされている妊産婦死亡率ではあるが、政府がプロジェクトの対象としている県や村でも、行政が把握している保健統計値の中には、その実態をみることはなかった。しかし、Bakrit 村の聞き取り調査活動では、村内の妊産婦死亡は全く発生していない

状況ではなかった。死産の経験者は多く、女性は妊娠出産に強い不安を感じていたが、それを口外しにくい地域の文化があった。死産や妊産婦死亡、出産の実態は、お金と時間と、町までの交通手段がなければ届出ができない状況があった。今回、FGI を行なうことで、降雪時の乳児死亡経験が、若い男性達に共通した経験であることがわかると、長老から「冬季を避け出産をする必要がある」「そのために家族計画の学習をする必要がある」などの提案がなされた。その解決策は、日ごろ、村人達が要求しているインフラの整備ではなかった。自分たちに共通する問題を認識することで、取り組むべき課題も住民の方から発案された。また、具体的な行動要求は、行政の活動へとつながった。政府が妊娠期の健診受診を勧奨していることは、Bakrit 村の女性達にも伝わっていた。しかし、CSCA での受診は、わずか 5 名で、Bakrit 村の出産件数予想の 74 件の 1 割にも満たない状況であった。DR にもほとんど受診している状況ではなかった。地理的文化的環境的な要因から、妊婦個人の判断では行動化できないことが背景にあることが理解できた。しかし、長老達の妊娠に関する認識は、妊婦死亡の実態、その要因、女性達の不安、妊婦健診の意義、効果等を理解していないことが影響していると思われた。若い男性との FGI 時のように、実態を把握すれば認識が変わり、対策を検討することも可能であると考えられた。

Freire³⁾は、住民同士の対話と意思疎通がエンパワメントの鍵になると仮定している。地域看護職は、住民との十分なパートナーシップにより地域で起っていることへの目、耳、鼻になれるような役割を担うことが重要である。そして集めた情報を、住民に還元するプロセスが重要で、その手法は住民が自分達の身近な問題として、当事者意識を持ちながら実態を受け止め、問題解決方法を検討できるように行うことが重要であると思われた。そのためには、問題発見や問題の実態の共有化のプロセスから、問題解決方法にいたるまで住民と共に考えていくことが必要であると考えた。

Rifkin⁴⁾は、ヘルスケアへの地域参加のアプローチを 3 つのタイプに示した。その中で、住民が健康増進に関する意思決定プロセスに参加する草の根方式の方法を「地域開発」と表現し、他の 2 つの上意下達方式のヘルスケアと区別した。そのプライマリヘルスケアの原則に則った地域開発の活動をエンパ

ワメントするコミュニティナースの役割について、Anderson⁵⁾は、住民との効果的なパートナーシップを築くことが必要であると述べている。また、そのための看護職の役割について、Meleis⁶⁾は、住民が自己決定し同時にエンパワメント型の参加を通して、地域の問題に対し対処行動ができるようになる技術をもつ必要があると述べている。

今回の調査活動では、DRの看護師や、日本での研修を受講した助産師2名が活動に同行した。個別的对処が中心であった看護職の活動に対し、今回、地域集団を対象とした看護の役割と意義を理解してもらうことができた。地域看護職の地域情報の収集能力と診断能力と、その診断結果に基づいた住民への情報の還元能力が、地方村落部の住民のエンパワメントにおいて、大きな役割を担うことが理解できた。

V 結語

地方村落部の、妊婦や乳児死亡の背景には、地域の保健医療環境のシステム的な問題のみでなく、地域の文化や価値観、宗教などの様々な問題があった。

最も基本的な問題として、地域の保健問題の実態が住民に共通の課題として認識されていない実態もみられた。地域看護職は、住民との十分なパートナーシップによって住民が当事者意識を持ちながら主体的に問題解決が図れるように支援していくことが必要と考えられた。そのためには地域看護職に地域診断能力と情報還元能力が求められると思われた。

謝辞

現地調査にご協力いただいた Bakrit 村の住民並びにモロッコ保健省・内務省関係者、JICA 専門家の和田さん、ご指導いただいた喜多学長に感謝申し上げます。

本調査は、文部科学省科学研究費補助金における「途上国農村部における地域看護の問題解決手法開発のための介入的研究」で行ったものである。

文献

- 1) Elizabeth T Anderson, Judith McFaelane (ed.) : Community as Partner -Theory and Practice in Nursing(3rd). 2000、金川克子他監訳：コミュニティアズパートナー、医学書院、2002.
- 2) 同上.
- 3) Freire P : Pedagogy of the oppressed (New Revised 20th-Anniversary Edition). New York, Continuum, 1997.
- 4) Rifkin SB : Lessons from community participation programs. Health Policy and Planning, 1 : 204-209、1986.
- 5) Anderson ET : A call for transformation. Public Health Nursing, 8(1) : 1-2, 1991.
- 6) Meleis AL : Community Participation and involvement, theoretical and empirical issues. Health Services Management, 5(1) : 5-6, 1992.

Community Assessment in the district village part of Morocco

Kazue Matsuo,M.Ed.¹⁾ Yasue Sakai,M.HES.¹⁾ Hitoko Ejima,M.N.¹⁾

The United Nations, in Millennium Development Goals 2000, has pointed out the necessity of providing a suitable health and medical service in all areas. Medical care professionals from the Kingdom of Morocco visited our college and Munakata city, as one of JICA's projects, in order to research measures capable of reforming their country's Maternal Mortality Ratio. In the training course of our college, they learned about the actualities of community and child health in Japan. I served as the trainee's attendant, when I had an opportunity to get information from them, on the actualities of local maternal and child health in the Kingdom Morocco. I realized what an important role a nurse played in the area where there were no medical care professional. When I visited a rural village in Morocco, I conducted community assessment in order to obtain the underlying data on which I would research the role and the intervention method of a nurse in a developing country. The community assessment showed that women living in the developing country felt uneasy about pregnancy or childbirth, and that they regarded their own health care in the pregnancy term as the most important problem. In a local community, however, the head of the community and most influential person did not consider pregnancy or childbirth as an important problem. In order to solve the problem, I found it more important to reform the local communities cultural system and sense of values of health care than to fix infrastructures such as a health facility.

Key words:Community assessment, maternal death rate, infant mortality rate, empowerment

1) The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing